

La realidad del trasplante renal en Colombia

The reality of kidney transplantation in Colombia

Álvaro García G¹, Joaquín R Rodelo C²

¹ Internista-Nefrólogo, Profesor Asociado de la Universidad de Antioquia, Grupo de Trasplantes de Nefrón - U de A-HUSVF, director de UR de Fresenius Envigado, Antioquia, expresidente de ASOCOLNEF

² Internista –Nefrólogo, Magíster en Epidemiología, profesor asistente de la Universidad de Antioquia, coordinador de posgrado de Nefrología

Un incremento desbordado en el número de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), en nuestro país, no es más que el reflejo de lo que sucede en el mundo; donde la incidencia de esta enfermedad tiene visos de pandemia. La mayoría de los pacientes son diagnosticados en grado 5 de la ERC; estadio o grado en el cual el tratamiento es la terapia de remplazo renal (TRR) (diálisis o trasplante), que dado sus altos costos operativos pueden desestabilizar cualquier sistema de salud en el mundo¹. En respuesta a este reto, 2 esquemas no excluyentes surgieron: uno es modificar o retardar la historia natural de esta entidad al controlar las enfermedades con alta incidencia en su etiología por nefrología y especialidades médicas complementarias, las cuales permiten en el tiempo una excelente calidad de vida al paciente y coordinar todos los aspectos previos allegada al estadio 5; esquema muy incipiente en Colombia^{2,3}.

El otro esquema de tratamiento, motivo de este editorial, consiste en incrementar la mejor alternativa de tratamiento de la ERC en estadio 5, el trasplante renal (TX)⁴. Con el modelo español empleado en la coordinación y procuramiento de órganos, en Colombia, se alcanzaron inicialmente buenos rendimientos, en algunas regiones de nuestro país más que en otras, respecto al trasplante de órganos⁵; pero la prevalencia en los últimos 10 años de la ERC en Colombia se desbordó; para tener una idea de ello el reporte de pacientes en diálisis, en los últimos 3 años, (2011-12-13) fue de: 25.232, 27.637 y 28.880, respectivamente⁶, superando en forma muy amplia el porcentaje de TX en los mismos periodos 23.9, 25.9, 25.6 PMP; ocasionando un incremento muy significativo en la lista de espera: 1.335, 1.763, 1.839 pacientes/año; con una mortalidad cercana a 100 pacientes/año, lo cual refleja una alta demanda no satisfecha en nuestro medio⁵.

A pesar de las campañas masivas de donación de las diferentes organizaciones del Estado o particulares, el incremento global de donantes fallecidos es muy bajo en el comparativo nacional 23.9, 25.9, 25.6 PMP, datos de los últimos 3 años y con tendencia a disminuir⁵. Es también conocido por los diferentes grupos de trasplantes a escala mundial, cuáles son los principales factores predictores de buena supervivencia tanto del paciente como del injerto renal a corto y largo plazos, cabe destacar entre ellos: edad del donante, creatinina al TX, tiempo de isquemia en frío, número de compatibilidades HLA, HLA DR y Dqs, presencia de anticuerpos antidonante específicos (DSA) al momento del TX, tiempo en diálisis, aparición de función retardada del injerto (DGF), y el Tx preemptive (TX anticipado-sin pasar por diálisis) el cual es importante por disminuir costos y recursos^{7,8}. El TX de donante vivo relacionado en forma biológica o emocional; inclusive el no relacionado (buen samaritano) presenta las mejores supervivencias tanto del injerto como del paciente a 1, 5 y 10 años, esto, posiblemente, explicado por los menores tiempos de isquemia, mejores

histocompatibilidades, momento óptimo para el TX, y si a esto le sumamos riesgos mínimos a la nefrectomía para un donante bien seleccionado, cuando se utilizan técnicas modernas de laparoscopia y control del dolor, lo cual permite una rápida recuperación del donante⁹, hacen de esta modalidad terapéutica una excelente alternativa de tratamiento para el paciente con ERC estadio 5¹⁰. En el presente número de esta revista, García et al., presentan una revisión extensa del trasplante con donante vivo mostrando la experiencia más grande de este tipo de procedimientos en Colombia, con resultados comparables a la literatura mundial (supervivencias a 5 años del 87%)¹¹.

En nuestro medio el aspecto más importante es considerar al donante y al receptor como un solo ente médico-quirúrgico, el cual debe ser asumido en todos sus aspectos por las entidades prestadoras de salud, en la etapa inicial del TX y en su seguimiento posterior^{5,7,12}. Para ello se debe contar con protocolos plenamente definidos para la evaluación inicial y seguimiento^{7,12}. La legislación colombiana cuenta con un entidad reguladora sobre trasplante y donación, la cual estableció unos parámetros de calidad a las diferentes IPS trasplantadoras en cuanto a recursos físicos, ayudas diagnósticas, recurso humano y profesional, con un estándar en la calidad de los resultados obtenidos al inicio y en el seguimiento del donante y del receptor⁵.

La realidad actual colombiana y mundial es expectante, cada día hay más pacientes en lista de espera y menor cantidad de órganos de donante fallecido disponibles; la mirada se debe centrar nuevamente en la realización de trasplantes de donante vivo por todas las ventajas que este ofrece y el mínimo riesgo al que se somete al donante cuando es bien seleccionado y es tratado por manos expertas utilizando para ello tecnología de punta¹³.

Bibliografía

1. KDIGO- 2012, Practice guideline for the evaluation and management of Chronic Kidney disease, Kidney International supplements (2013)3, vi.
2. Wei SY, Chang YY, Mau LM, Lin MY, Chiu HC, et al. Chronic Kidney disease care program improves quality of pre – end stage renal disease care, and reduces medical cost. *Nephrology (Carlton)* 2010 Feb 15;(1):108-15.
3. Smart NA, Titus TT, Outcomes of early versus late nephrology referral in chronic kidney disease a systematic review, *Am J Med* 2011 Nov;124(11):1037-80 e2.
4. Abecassis M, Bortlett ST, Collins AJ, Davis CI, Delmonico FL, Fredewald JJ, et al., Kidney transplantation as primary therapy for end – stage renal disease: a National Kidney Foundation/kidney disease outcomes quality initiative (NKF/ KDOQI) conference. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008;3(2):471.
5. Coordinación Nacional/red de donación y trasplantes (Ins@ins.gov.co, www.ins.gov.co).
6. Base de datos resolución 4700/200 APB, ECC Fuerzas Militares y Policía de Colombia.
7. New OPTN requirements and resources for living donor kidney transplant programs. Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN). *Prog. Transplant* 2013;Jun 23(2):117.
8. Charpentier B, Durrbach A, Transplantation: pre-emptive kidney transplantation- perfect, but when? *Nat. Rev Nephrol* 2011;7:550-1.
9. Thomson DA, Muller E, Kahn D. Laparoscopic kidney donation- giving in the best way possible. *S Afr J Surg.* 2014 Jun 6;52(2):34-5.
10. Leichtman A, Abecassis M, Barr M, Charlton M, Cohen D, Confer D, et al. Living kidney donor follow- up: state of the art and future directions, conference summary and recommendations. *AJ Transplant.* 2011 Dec;11(12):2561-8.
11. Base de datos del grupo de trasplantes Nefron, U de A y HSVP de Medellín (www.nefron.com.co).
12. Poqqio ED, Braun WE, Davis C, The science of stewardship: due diligence for kidney donors and kidney function in living kidney donation – evaluation, determinants, and implications for outcomes. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009Oct;4(10):1677-84.
13. Harvat LD, Shrif SZ, Garg AX Global trends in the rates of living kidney donation. *Kidney Int.* 2009;75:1088-98.